



Aurora Health Care®

Milwaukee, Wisconsin

- ABMC
- AHCM
- ALMC
- AMCG

- AMCK
- AMCMC
- AMCO
- AMCS

- AMCWC
- AMHB
- APH
- ASMMC

- AWAMC
- Aurora Health Center:

Центр: _____

УВЕДОМЛЕНИЕ О СОВМЕСТНОМ СТРАХОВАНИИ АМБУЛАТОРНЫХ РАСХОДОВ ПО MEDICARE (Только в клиниках за пределами основной территории центра*)

Вниманию пациентов, застрахованных по системе Medicare:

Согласно правилам Medicare, мы обязаны предупредить вас о возможных финансовых обязательствах по оплате услуг больницы, которые будут вам предоставлены.

Поскольку услуги предоставляются отделением _____, ваша доля в оплате (название больницы)

расходов в рамках совместного страхования может отличаться от той, которая применялась бы, если бы услуги предоставлялись медицинским учреждением, работающим не на базе больницы. На данный момент мы можем назвать вам лишь ориентировочную сумму расходов в рамках совместного страхования, которую вы должны будете оплатить самостоятельно:

- Сумма расходов в рамках совместного страхования, которую вы оплачиваете самостоятельно, составит **ориентировочно** \$ _____ — на основании текущей информации о запланированных медицинских услугах.
- Сейчас мы не можем указать точную сумму ваших собственных расходов, поскольку не знаем, какие именно услуги и в каком объеме вам потребуются. В среднем сумма расходов, оплачиваемая пациентом по результатам стандартного приема, составляет \$ _____.

Фактическая доля вашего участия в оплате предоставленных услуг в рамках сострахования может отличаться от предварительно рассчитанной суммы, указанной выше. Окончательная сумма зависит от того, какие услуги были фактически оказаны, и рассчитывается в соответствии с правилами сострахования программы Medicare.

Если вы участвуете в государственной программе медицинской помощи (Medicaid), по закону ваша доля участия в оплате медицинских услуг в рамках сострахования может быть меньше или равняться нулю.

Ваша доля в оплате услуг больницы в рамках сострахования рассчитывается отдельно от суммы, которую, согласно правилам Medicare, вы можете быть обязаны оплатить самостоятельно в рамках сострахования за услуги терапевта или специалистов, предоставленные в связи с услугами больницы.

Я ознакомился(-ась) с изложенной выше информацией и понимаю, что по закону несу ответственность за оплату моей доли расходов за услуги больницы, рассчитанной по правилам сострахования системы Medicare.

Подпись пациента или уполномоченного законного представителя

Дата:

**NOTE FOR CAREGIVERS: This form is only to be used at off campus hospital-based clinics.*

INSTRUCTIONS: Return completed form to Registration for scanning to HAR.

© AHC S48986ru (Rev. 06/17)